

前提として、省令等のパブコメ前の状況であるので、回答はすべて現状の案に基づいたものである。

当日の質疑応答

質問：登録事業者に経過措置はあるのか？

高木：経過措置とは、現に喀痰吸引を実施している介護職員などに対する「みなし認定」であり、登録研修機関や登録事業者には経過措置はない。

質問：医師の指示の下、看護師等の指導の下に行うとされている実地研修において、熟練ヘルパーや家族が「指導の補助」を行うとのことだが、認定まではできないということか？

高木：省令事項案のp8の右図のカッコ内に熟練ヘルパーや家族による「指導の補助」とある。在宅の場合は、看護師が毎日来るわけではないので、日々の指導は「経験のある介護職員及び本人、家族」が「指導の補助」を行ってかまわないが、プロセス評価表への「ア・イ・ウ」の書き込みは医師と看護師等のみとなる。ただし、本人や家族の意向を踏まえて評価を行う。

医師または看護師が行うプロセス評価で、全項目「ア」が連続2回でないと合格できない。よって、プロセス評価を行うには、医師または看護師等と日程を調整しないといけない。

質問：社長がALS患者、利用者に12名のALS患者、ヘルパー50名。全ヘルパーが医療的ケアを提供に従事していて、8年間1度も事故はない。登録事業者には経過措置はないとのことだが、新規参入事業者と比べて優遇措置はないのか？

高木：制度的には優遇措置はない。ただし、すでに医療機関との連携があるなど、すぐに研修機関や事業者としての登録に手を挙げられるアドバンテージがあると思う。

質問：ヘルパー事業所に在籍する看護師でもプロセス評価を実施できるのか？

高木：それは可能。むしろヘルパー事業所に在籍する看護師の方が日程調整の融通が利くだろう。ただし、准看護師ではプロセス評価はできない制度なので、「指導の補助」にとどまる。

質問：「特定の者」の場合で、ヘルパー1名が複数の利用者に医療的ケアを提供する場合、利用者の人数分だけ基本研修の受講が必要になるのか？

高木：「特定の者」のスキームでは、「ヘルパー1名に対して利用者1名」だけではなくて、「ヘルパー1名に対して利用者多数」も可能。

「特定の者」は個々の利用者の個別性を重視したスキームなので、仮に利用者が3名

ならば3回の実地研修が必要。

質問：プレゼン資料のp5に「経過措置」として「みなし認定」の記載があるが、改正法施行前から医療的ケアを提供していたヘルパーも、「不特定多数の者」に医療的ケアを提供する場合には、平成27年4月1日以降は、50時間研修などを受ける必要があるのか？

高木：介護福祉士の新課程が平成27年4月1日施行、すなわち平成28年1月の国家試験から適用、ということである。みなし認定証には期限はない。改正法施行前から喀痰吸引を提供していたヘルパーであれば、特に研修や試験を要さず研修歴や医師等の意見等に基づき知事から交付が受けられる予定なので、平成24年3月31日までにきちんとみなし認定証の交付が受けられるように準備してほしい。

50時間研修については、特定の者に喀痰吸引を提供している間は必要ない。ヘルパーがスキルアップとしたいのであれば、50時間研修を受講すれば良い。

質問：改正法施行後に新規利用者を引き受けた場合も、「特定の者」のスキームで研修を受講すれば良いのか？

高木：そのとおり。ただし、在宅介護のヘルパーが経管栄養を行うことは通知の範囲外なので、研修を受けてもらいたい。

川口：「特定の者」のスキームで、複数の利用者に対して医療的ケアを提供する場合は、その人数分だけ実地研修を受講する必要があるが、基本研修は1回だけ受講すれば良い。

高木：省令事項案のp2にあるように、「不特定多数」のスキームでは、実地研修を1度受講すれば、新規利用者であっても実地研修の受講は制度上は不要。

川口：現行制度でも利用者ごとにOJTを実施しているから、改正法施行による実地研修で実質的に追加されるのは、医師または看護師によるプロセス評価だけ。ただ、毎回の練習を看護師さんに付き合ってもらうのは、ヘルパーと訪問看護の時間帯を合わせないといけないなど、とても大変。

よって、未経験のヘルパーについては、ペットボトルで作ったシミュレーターで、プロセス評価表の手順に従って、身体が覚えるまで自主トレしてもらうのが効率的。目を瞑ってもできるくらい慣れてきてから、訪問看護に合わせて利用者宅に出向き、利用者の身体での練習を最小限にし、一発で2回連続「ア」を出して合格するのが理想的。利用者の負担軽減にもなる。

質問：プロセス評価は、その利用者にサービス提供している訪問看護師に依頼するのか？

川口：訪問看護師も忙しいので、利用者宅への訪問の時間内に実地研修を依頼すると、訪問看護の業務ができなくなってしまう。よって、理解のある訪問看護師にお願いして業務時間外に来てもらったり、ヘルパー事業所に在籍している看護師の有資格者を研修担当者に任命したりする。

質問： 実地研修を担当する指導看護師は、指導者講習を受講しておく必要はあるか？

川口： その必要はない。一番大事なのは、ヘルパーから医療的ケアを受けながら在宅生活を送ることに理解があるか否か、家族の介護負担を減らそうと思っているのか否か。

高木： 指導看護師は、指導者講習に代わるものとして、事前にDVDやマニュアルを見ておいてもらわないといけない。

質問： 指導看護師に見てもらうDVDとテキストについては、受講時間数は決まっているのか？

高木： 「不特定多数」の場合は、9時間程度の指導者講習を受ける必要があると聞いている。「特定の者」の場合は、DVDとマニュアルを視聴し理解していただくことを予定している。DVDとマニュアルに必要な時間数に定めはなく、理解するのに必要な時間数は人によって変わってくる。

質問： ヘルパーが経管栄養を行うことについては、現行の通知による実質的違法性阻却の対象とはなっていないが、その取り扱いは？

高木： 今年度実施の研修のなかに経管栄養も含まれている。

質問： 経過措置の「みなし認定証」における「知事の認めた者」とはどのような基準なのか？

高木： たとえば重度訪問介護従業者養成研修を追加研修まで受講したヘルパーであれば、医療的ケアの内容が含まれているので、喀痰吸引に関する講義は終わっているものと考えられる。さらに、「特定の者」に対して喀痰吸引を行っている実績があれば、実地研修も終わっているものと考えられる。このように、知事に対して、「このヘルパーについてはこの利用者の喀痰吸引ができる」と多角的に証明できるヘルパーであれば、それで可とする予定。学校の教員も、過去の研修受講歴があるはずなので、それを証明できれば可とする予定。

質問： 実地研修で最終的にプロセス評価を行うのは医師または看護師とのことだが、実地研修スタートからプロセス評価までの期間に定めはあるのか？

高木： 個別の事情があると思われるので、一律に定めることは現時点では考えていない。

質問： プロセス評価表は提出義務や報告義務はあるのか？

高木： 登録研修機関が保管して、都道府県の巡回指導で見せられる準備ができていれば良いのではないかと考えている。

質問： 重度訪問介護従業者養成研修に医療的ケア9時間を組み込んだ場合、重度訪問研修の都道府県への報告内容も変わってくるのか？

高木： 重度訪問研修に医療的ケアを組み込んだ場合の告示改正も必要なので、これから検討する予定。ただ、カリキュラム変更の届出は必要になると思う。

質問：医療的ケア9時間のみ研修も、都道府県への報告内容が決まっていないことは同様か？

高木：その場合は重度訪問研修は関係ないので、登録研修機関としての申請だけ必要になる。

川口：平成24年4月以降の研修形態は3種類が考えられる。従来どおりの重度訪問研修20時間、重度訪問研修に医療的ケア9時間を組み込む、従来どおりの重度訪問研修20時間に加えて医療的ケア9時間。医療的ケア9時間研修は医療機関、保健所、患者会、個人など、法人格がなくても登録できる。

2級ヘルパーでも、現に喀痰吸引の実績があれば「みなし認定証」の交付が受けられる。経管栄養については、ヘルパーによる実施を容認する通知がないので、9月ごろに登録研修機関として申請して、ヘルパーに研修を受講してもらう必要がある。

質問：指導看護師には、利用者本人の医療的ケアをできる技術が必要になるのか？訪問看護を利用していない障害者の場合、医療的ケアの全部をヘルパーが実施している場合もある。

高木：そういう事情もあるので、本人や家族の意向を尊重したうえでプロセス評価を行ってほしい、としている。医師や看護師が評価するのは、清潔操作などの医療的なミスがないかという点が主なものとなる。利用者ごとの実施方法に適合しているか否かについては、本人や家族の意向を踏まえて評価する、ということになる。看護師に利用者ごとの実施方法を教え込む必要はないと考えている。

質問：ということは、熟練ヘルパーが指導の補助として医療的ケアの技術を新人ヘルパーに教えて、プロセス評価も看護師と熟練ヘルパーが協働して実施する、という方法でも大丈夫か？

高木：実質的にはそのような形になると思う。

質問：吸引シミュレーターのレンタルや購入に対して、補助金などはあるか？

高木：平成23年度は補助金を予算化している。都道府県から登録研修機関に交付される。平成24年度以降も継続したいと考えている。これに加えて、受講生からの実費徴収でやりくりしてほしい。ペットボトル製のシミュレーターの活用なども組み合わせで実施してほしい。

質問：事故が起こった場合に、そのヘルパーを認定した指導看護師にも責任が及ぶのか？看護師資格を持っているヘルパーに指導看護師を依頼したら、責任問題で躊躇された。

高木：事故が起こった場合に「どの機関が何%悪い」と一律に決める事はできない。よって、指導看護師は必ず責任が問われないとも言えない。事例ごとに判断される。ただし、まずは登録事業者が一義的には責任を問われるになると思う。即座に指導看護師が責任を問われることは考えにくい。

質問：民間事業者ではなく公的機関（保健所や社協など）に指定して、人材育成を図るべ

きではないか？

高木：全国的な実情を反映して、どんなに小さなヘルパー事業所でも登録研修機関になれるようにという要望が多く寄せられたので、それを踏まえて制度設計した。もちろん保健所や社協が登録研修機関になるという方法もありうる。都道府県が自ら研修を行うことも可能。

質問：国から保健所や社協などに通知を発出して、強制するわけではないのか？

高木：強制することは難しい。

質問：命に関わる医療的ケアも申請主義になっている。今回の件でも、民間事業者に新たなコストを課すわけであり、訪問看護師に断られたら実施できなくなる。国から公的機関に強制できるか否かは、命に関わる問題だと思うのだが？

高木：逆に例えば保健所に限定してしまえば、地方に住む障害者は困る場合もあると思う。

質問：民間事業者が参入できるのと同時に、公的機関が率先して取り組むのが理想的だと思うが？

高木：私もそう思う。ただ、各地の事情もあるので、むしろ保健所が率先して取り組んでほしいと、障害者側から都道府県に働きかけてほしい。

質問：その点が、介護保険や自立支援法で地域間格差が生じている原因だと思うのだが？

川口：この問題はこの1年間で盛んに議論してきた。保健所の体制が整っていないという事情もある。都道府県に対しても働きかける予定で、先進的な取り組みをしているいくつかの保健所には登録研修機関として研修を実施してもらうこともありうる。これがお手本になれば、全国的に広がっていくのではないかと思う。

質問：「特定の者」の基本研修と実地研修を別団体がそれぞれ実施するのは可能か？

高木：省令事項案のp3にあるように、現時点では、「法律制度及び実務に関する科目について研修を行うこと」と「実地研修を行うこと」の両方が登録研修機関の登録要件になっている。ただし、基本研修は受講者を集めて講義する団体があり、実地研修は在宅で実施する、というパターンもあると思う。その場合は、基本研修を実施する団体が代表になり、各ヘルパー事業所を束ねて、その全体を1つの登録研修機関として組織するのも良いと思う。

質問：重度訪問研修に医療的ケア9時間を組み込んで研修する場合、看護師を雇う必要はあるか？

高木：実地研修の指導看護師については、訪問看護師、都道府県の看護協会、保健所の保健師などに依頼する方法が良い。どこに雇用されているかは関係ないので、必ずしも雇う必要はない。

質問：主治医から看護師に実地研修を指示するのは可能か？

高木：主治医が直接評価することも可能。主治医が訪問看護師などに依頼するのも可能。ただし、「指示」というよりは「依頼」なので、応諾は看護師次第。

川口：大病院から直接、在宅生活に移行したため、主治医がない場合もある。そのような場合は、大病院の神経内科医が訪問看護師に依頼するという方法も可能。退院時に実地研修を行ってしまうのもOK。

質問：プレゼン資料のp8の図表の左にある指導者講習について。厚生労働省が民間の研修機関に事務委託して、医師や看護師に講習を実施することになっている。これによって、指導医師や指導看護師としての認定を受けることができるようになる、という理解で良いか？

高木：指導看護師等を「認定する」というシステムは制度化していないので、「受講証明書を発行する」ということになると思う。

質問：指導者講習を受講している医師が、訪問看護師に実地研修を依頼することにより、その訪問看護師が指導看護師の役割を果たすことは可能か？

高木：「不特定多数」の場合は担当外なのでお答えする立場にないが、

基本的には受講証明書の発行を受けている人が指導医師や指導看護師になる。指導者講習を受けていない看護師に対して指導医師が実地研修の指導を依頼する場合には、都道府県で行われる指導者講習（伝達講習）等を受けてもらう必要があると思う。

質問：指導者講習と都道府県研修は別なのか？

高木：別である。指導者講習は、都道府県研修の講師を養成する講習。

質問：国の指導者講習は、どのように募集などの事務が進んでいくのか？

高木：おそらく都道府県の担当者が医師や看護師に受講を依頼することになると思う。公募する都道府県もあるかもしれない。

質問：「不特定多数」の指導者講習を受講したいのだが？

高木：おそらく各県3人～5人くらいの受講枠しかないと思う。選考は都道府県が行うのだと思う。受講したい場合には都道府県に相談してほしい。

質問：重度訪問研修の有資格者が医療的ケアを提供する場合には、改めて基本研修9時間を受講する必要があるのか？

高木：重度訪問研修の有資格者で、喀痰吸引しか提供しないのであれば、経過措置の「みなし認定証」だけで可とする。

質問：利用者に介護保険を併用するALS患者がいる。介護保険で医療的ケアを提供する場合は、ヘルパーが持っている2級資格に加えて、「特定の者」の基本研修と実地研修を受講する必要があるか？

高木：そのヘルパーは、現行の実質的違法性阻却論に基づいて喀痰吸引を行っていないのか？

質問：喀痰吸引は実施している。

高木：「みなし認定証」を交付してもらうに際して、喀痰吸引に関する講義をいつどこで受講したのかがハッキリしていないのか？

質問：そのとおり。2級ヘルパーの研修を受けているほか、さらに逆れば重度訪問研修（追

加研修を含む)も受講している。

高木：研修内容に喀痰吸引が含まれていて、それが証明できれば、喀痰吸引に関しては基本研修や実地研修の受講の必要はなく、「みなし認定証」でOK。経管栄養だけ受講すれば良い。

質問：「みなし認定証」は喀痰吸引と経管栄養の両方に有効なのか？

高木：「みなし認定証」が有効なのは、従来から在宅の障害者について通知で認められてきた喀痰吸引だけ。経管栄養については経過措置は適用されず、追加で研修を受講する必要がある。

川口：経管栄養の講義3時間、演習1時間、実地研修（連続2回「ア」）だけ受講すれば良い。

質問：従来はヘルパーと利用者間で医療的ケアに関する同意書を交わしていたのだが、今後は利用者と事業者の関係になるのか？

高木：そのとおり。

質問：省令事項案のp1の(3)の「特定の者」について。重度訪問研修の事業者は、従来の研修に医療的ケアの内容を充実させて、登録研修期間としての登録を受ければよいのか？

高木：喀痰吸引と経管栄養に対応できるように重度訪問研修のカリキュラムを変更しなければならないので、検討を経て、告示を改正する予定。

質問：「ヘルパー1名に対して利用者1名」で、しかし、そのヘルパーが2つの事業所に所属している場合、両方のヘルパー事業所で「特定の者」の研修を受けなければならないのか？

高木：研修は1回受講すれば良い。

質問：当初サービスを提供していた事業所が撤退して、第三の事業所が参入し、当該ヘルパーがその事業所に所属してサービスを提供することになった場合、すでに「特定の者」の研修を受講済みであるから、改めて受講する必要はない、ということで良いか？

高木：そのとおり。ただし、当初のヘルパー事業所が廃業した場合であれば、当該ヘルパーに関する記録を新規参入のヘルパー事業所に引き継いでおく必要がある。

質問：特別支援学校の場合、設置主体が都道府県の場合と市町村の場合があるが、教員や介助員の登録事業者となるのは、県教委や市教委となるのか？

高木：文部科学省と協議中。なるべく従来の方法を踏襲して、事務負担を増やさない方向で協議していると聞いている。

質問：現行制度で、経管栄養を自費サービスとして実施している、医療的ケアをボランティアとして実施している、などの事業所についても、今回の法制化によって、自費ヘルパーも家政婦もボランティアも「特定の者」の研修を受講しなければならないのか？

高木：そのとおり。自費ヘルパーも家政婦もボランティアも含めて適用できるスキームとして設計してある。

質問：普通学校の場合も、県教委や市教委が登録事業者の登録を受けることによって、都道府県単位や市町村単位で医療的ケアの実施が可能になるのか？

高木：これも担当外ではあるが、

普通学校も医療機関ではないので制度的には登録事業者になれる。教育委の単位で登録するのか、学校単位で登録するのか、などは現在協議中。

質問：プレゼン資料のp8。都道府県研修に予算が計上されており、障害保健福祉部計上分が1県あたり事業費1300万円、養成者数50人となっている。これは、都道府県が責任を持って養成するのが50人、ということなのか？

高木：都道府県研修の「100人」「50人」というのは予算計上のための仮置き数字。

質問：某県が「国が『50人』と記載しているので、50人しか養成しません」と言っているのだが、これは間違いか？

高木：仮にそれ以上の要請があるにもかかわらず、50人しか養成しないとの制限は適切ではない。